



WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 5 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO
ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES
ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) come una variedad de alimentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede jugar a pretender. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) muestra habilidad para entender los sentimientos de otros.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede hacer equilibrio en un pie. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) reconoce la mayoría de las letras y puede imprimir algunas.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

Review of systems Review of family history

Screening: N A

Development _____

Behavior _____

Social/Emotional _____

Vision R 20/ _____ L 20/ _____

 MHZ R L

Hearing 4000 _____

 2000 _____

 1000 _____

 500 _____

Physical:

General appearance	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Chest	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Hct/Hgb Dental Referral Tb Cholesterol

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Lead Exposure Review Immunization Record

Health Education: (Check all completed)

Nutrition Dental Care Safety Adequate Sleep

Development Helmets Booster Seat/Car Safety

Regular Physical Activity Passive Smoking

School Readiness Discipline/Limits Child care

Assessment: _____

NEXT VISIT: 6 YEARS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

LATE CHILDHOOD: 5 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (5 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire or the Denver II.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Dresses without supervision.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Copies a cross.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Draws a person -- 3 parts.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Puts object "on," under." "in front of" and "behind" when asked.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skips, walks on tip toe.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catches a bounced ball.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Names 4 colors.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Avoids eye contact.</div>

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 5 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)

NOMBRE DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO
--------------------	---------------------

ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES
----------	-----------------------

ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) come una variedad de alimentos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede jugar a pretender. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) muestra habilidad para entender los sentimientos de otros.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) puede hacer equilibrio en un pie. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi niño(a) reconoce la mayoría de las letras y puede imprimir algunas.
---	---

PESO Kg./Oz. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA
-------------------------	--------------------------	-------------------

Revisión de los sistemas Revisión del historial familiar

Exploración: N A

Desarrollo _____

Comportamiento _____

Social/Emocional _____

Vista R 20/ _____ L 20/ _____

 MHZ R L

Audición 4000 _____

 2000 _____

 1000 _____

 500 _____

Físico:

Apariencia general	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Pecho	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A
Piel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pulsaciones/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremidades	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Salud mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Manera de caminar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Describe anomalías encontradas:

Alimentación _____

Eliminación _____

Sueño _____

Hct/Hgb Derivación odontológica Tuberculosis Colesterol

Suplementos de Fluoruro Barniz de fluoruro

Exposición al plomo Revisión del historial de inmunizaciones

Educación de la salud: (Marcar lo que se completó)

Nutrición Cuidado dental Seguridad Sueño adecuado

Desarrollo Cascos Asiento de refuerzo o cinturón de seguridad

Actividad física regular Fumador pasivo

Preparación para la escuela Disciplina/Límites Cuidado de niños

Evaluación: _____

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

PRÓXIMA VISITA: 6 AÑOS DE EDAD

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

NIÑEZ AVANZADA: 5 AÑOS

La salud de su niño(a) a los 5 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 5 y 6 años de edad.

Tomando responsabilidad de ordenar su habitación, de poner la mesa para cenar, de ayudar a preparar las comidas.

Aprendiendo a bañarse por sí solo en la bañera o ducha.

Comenzando a aprender las aptitudes para el deporte y las reglas de los juegos.

Atándose los zapatos.

Aprendiendo a nadar.

Usted ayuda a su niño(a) a aprender nuevas cosas hablando y jugando con él/ella.

Para ayuda o más información

Aptitudes de crianza, disciplina o ayuda en una crisis:

Línea de ayuda familiar,
1-800-932-HOPE (4673);
Recursos familiares en el noroeste,
1-888-746-9568;
Clases en colegios comunitarios
de la localidad

Cuidado de niños en edad escolar:

Recurso sobre Cuidado de niños y Red de derivaciones del Estado de Washington, al 1-800-446-1114

Información y ayuda sobre abuso sexual y físico de niños: Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673)

Consejos de Salud

Continúe llevando a su niño(a) a un examen anual con el doctor o una enfermera. Después de haber obtenido las vacunas para ingresar a la escuela, probablemente su niño(a) no necesitará más hasta los 11-12 años de edad.

Anime a que su niño(a) practique cepillándose los dientes diariamente con una pequeña cantidad de pasta dental con flúor. Probablemente, su niño(a) aún necesitará que le ayude a cepillarse bien todos sus dientes. Asegúrese de llevarlo al dentista para un examen, al menos una vez por año.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Coman las comidas juntos cuanto sea posible, para sentirse unido a su niño(a). Trate de apagar la televisión, de desconectar el teléfono, y disfrutar el uno del otro.

Escuche cuando su niño(a) le hable. Mírelo y póngale atención. Luego responda o haga preguntas con respecto a sus ideas. Hágale saber que lo que piensa y dice es importante para usted.

Hable con su niño(a) sobre cómo evitar abuso sexual. Instrúyale sobre la privacidad y que algunos manoseos no son correctos. Su niño(a) debería decir "no" y decirle a usted si alguien trata de dañarlo.

Limite el tiempo frente al televisor o la computadora, para que así su niño(a) tenga tiempo también para libros y jugar activamente. Lea cuentos junto con su niño(a) diariamente. Sáquelo afuera a menudo para jugar.

Consejos de seguridad

Su niño(a) debería usar siempre un chaleco salvavidas cuando esté en el agua, aún si ya ha aprendido a nadar.

Siempre supervise a su niño(a) de cerca cuando esté junto a la calle. Los niños no están listos para andar en bicicleta con seguridad en las calles o cruzar las calles sin un adulto, hasta que ellos cumplan por lo menos 9 años de edad. Ellos no son lo suficientemente maduros para comportarse siempre con seguridad cerca de los vehículos.

Enseñe a su niño(a) a que **nunca** toque un arma. Si su niño(a) encuentra una, le debería decir a un adulto inmediatamente. Asegúrese de que todas las armas que tenga en su hogar estén descargadas y bajo llave.